

Formato de Reclamación - Siniestro Finiquito

Reclamante: Asegurado Beneficiario Tipo de Reclamación: Inicial Complemento Fecha de Reclamación: / /

Asegurado y/o Contratante

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--|--|--|--|------------------------|--|--|--|--|------------------|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|-----------------------------|--|--|--|--|--------------------|--|--|--|--|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Nombre | | | | | | | | | | Apellido Paterno | | | | | | | | | | Apellido Materno | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección Calle y Número | | | | | | | | | | Colonia | | | | | | | | | | Estado o Entidad Federativa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C.P. | | | | | Delegación o Municipio | | | | | | | | | | Nacionalidad | | | | | | | | | | País de Nacimiento | | | | | Póliza o Contrato | | | | | | | | | |
| Fecha de Nacimiento | | | | | Teléfono | | | | | | | | | | Celular | | | | | | | | | | Correo Electrónico | | | | | | | | | | | | | | |
| RFC/ CURP (Opcional) | | | | | | | | | | | | | | | FIEL (Opcional) | | | | | | | | | | Ocupación | | | | | | | | | | | | | | |

Beneficiario (Pago de Indemnización Suma Asegurada en caso de Muerte Accidental del Titular)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--|--|--|--|------------------------|--|--|--|--|------------------|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|-----------------------------|--|--|--|--|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Nombre | | | | | | | | | | Apellido Paterno | | | | | | | | | | Apellido Materno | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección Calle y Número | | | | | | | | | | Colonia | | | | | | | | | | Estado o Entidad Federativa | | | | | | | | | | | | | | |
| C.P. | | | | | Delegación o Municipio | | | | | | | | | | Nacionalidad | | | | | | | | | | País de Nacimiento | | | | | | | | | |
| Fecha de Nacimiento | | | | | Teléfono | | | | | | | | | | Celular | | | | | | | | | | Correo electrónico | | | | | | | | | |
| RFC / CURP (Opcional) | | | | | | | | | | | | | | | FIEL (Opcional) | | | | | | | | | | Ocupación | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| NÚMERO DE CUENTA | | | | | | | | | | CLABE | | | | | | | | | | SUCURSAL | | | | | | | | | | BANCO | | | | | | | | | |
|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Beneficiario Preferente e Irrevocable (Saldo Insoluto)

SU SERVICIO FINANCIERO S.A. DE C.V. SOFOM ENR

En caso de ser procedente el presente reclamo, es mi deseo que el importe correspondiente sea depositado en la cuenta bancaria de SU SERVICIO FINANCIERO S.A. DE C.V. SOFOM ENR y en caso de que proceda el pago de la Suma Asegurada por Muerte Accidental, sea depositada en la cuenta antes señalada, de la cual declaro ser titular o cotitular firmando en ella de forma independiente (no mancomunada); por lo que habiendo cumplido Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V., con la obligación de pago derivada del presente reclamo y conforme a las condiciones generales aplicables al seguro que se reclama, en este acto, otorgo el finiquito más amplio y absoluto que en derecho exista, no reservándome acción o derecho alguno que ejercer en contra de Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V.

"A fin de realizar el pago adicional por Muerte Accidental, es necesario que anexe al presente formato, copia del estado de cuenta donde se refleje el número de cuenta y cuenta CLABE antes señalado."

Cobertura Reclamada

Fallecimiento Reciproco / Muerte Accidental Invalidez Total y Permanente Invalidez Total y Temporal Desempleo Involuntario

Describe como ocurrió el Siniestro

Firma del Asegurado y/o Beneficiario

(La firma autógrafa debe corresponder con su identificación oficial)

Fecha de Siniestro: / /

Vigencia de Certificado, Póliza y/o Contrato

Fecha Inicio vigencia / / Fecha Término de vigencia / /

Declaro que la información aquí mencionada es completa y exacta. Asumo total responsabilidad de la veracidad de la misma y me comprometo con la compañía a dar toda la información requerida para la atención y análisis de este reclamo. En términos del artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro acepto que la compañía tendrá derecho de exigir toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, incluso información adicional a la que en principio sea solicitada y entregada.

Aviso de Privacidad

Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V. y/o Cardif México Seguros Generales, S.A. de C.V., (en lo sucesivo y conjuntamente "Cardif"), con domicilio en Avenida Paseo de las Palmas, 425, piso 5, colonia Lomas de Chapultepec, C.P. 11000, México, D.F., le informa que los datos personales recabados, serán protegidos de conformidad con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y demás regulación aplicable.

El tratamiento que se haga de sus datos será con la finalidad, de forma enunciativa más no limitativa, de analizar las circunstancias relacionadas con el siniestro que se reclama, así como cumplir con las obligaciones legales que le deriven a Cardif, para lo cual recabaremos datos de identificación, datos personales sensibles en términos de la ley antes referida y datos financieros y patrimoniales. Para consultar el aviso de privacidad completo, por favor ingrese a <http://www.bnpparibascardif.com.mx/esp/2386/aviso-privacidad.html>



Consentimiento

Por este medio autorizo a Cardif para tratar y en su caso transferir los datos personales, para los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre, así como para realizar encuestas de satisfacción respecto de los servicios proporcionados por Cardif.

En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a Cardif y a hacer de su conocimiento los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad

Nota: La Documentación deberá ser enviada a Mesa de Control
Horario de recepción de documentación de Siniestros:
07:30 a 18:30 hrs. de Lunes a Jueves / Viernes de 07:30 a 14:30

Contacto Tel: 01800-522-0983
Mail: mesadecontrol@cardif.com.mx



Paseo de las Palmas N° 425 / Mezzanine Lomas de Chapultepec C.P. 11000 México, D.F.

Nombre y Firma

(La firma autógrafa debe corresponder con su identificación oficial)

Documentación Requerida para Atención de Siniestros

Nota: En todos los casos de reclamación es necesario anexar al presente formato:

- 1.- IFE, Pasaporte y/o Cédula Profesional, Vigente del asegurado y beneficiarios (En caso de ser extranjero FM2 o 3)
- 2.- Copia del contrato
- 3.- Carátula del Certificado Individual
- 4.- Informe Médico "si aplica"
- 5.- Comprobante de Domicilio, de igual manera para el (los) beneficiario (s)

Documentos requeridos adicionalmente (según el caso para cada cobertura)

Fallecimiento Recíproco / Muerte Accidental

- Acta Original de Defunción del Asegurado Siniestrado
- Historia Clínica
- Copia del Certificado de Defunción
- Copia del acta de Matrimonio, en caso de ser Beneficiaria Esposa (o)
- Copia del Acta de Nacimiento de los Beneficiarios
- En caso de que haber nombrado beneficiarios menores de edad, fe notarial de tutores
- En caso de Homicidio: Actuaciones levantadas ante el C. Ministerio Público, que contenga identificación del cadáver, así como necropsia por ley
- Para los casos por Muerte Accidental en hechos de tránsito: Actuaciones levantadas ante el C. Ministerio Público, que contenga identificación del cadáver Necropsia por ley, croquis y parte de tránsito.

Invalidez Total y Permanente Recíproca

- Formato de Invalidez Vida
- Copia de Historia Clínica y/o Resumen Médico
- Dictamen Médico acreditando la Invalidez Total y Permanente
- Análisis Clínicos, estudios, Imagen "RX, TC, RM" (Interpretación de radiografías, tomografías o de Resonancia Magnética)
- Formato ST-4, por IMSS y/o ISSSTE RT-09

Invalidez Total y Temporal

- Copia de Historia Clínica y/o Resumen Médico
- Dictamen Médico acreditando la Invalidez Total y Temporal
- Análisis Clínicos, estudios, Imagen "RX, TC, RM" (Interpretación de radiografías, tomografías o de Resonancia Magnética)

Desempleo Involuntario

- Original de Constancia de baja del IMSS, ISSTE, etc...
- Original de últimos 3 recibos de nómina
- Copia del contrato laboral o Carta (original, membretada) de empresa que mencione antigüedad laboral y Causa o Motivo de Despido
- Original del Finiquito donde se dé constancia de la liquidación hecha por ley al empleado.
- En caso de despido involuntario sin liquidación, se deberá presentar (Original del Laudo Arbitral) en el que se declare que no hubo justificación para el despido y/o convenio elevado al laudo ejecutoriado en el que se reconozca la justificación del despido.

